



**SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

OMTANKE SKÄNKER KRAFT

Mäns och kvinnors uppfattningar om trygghet och säkerhet i vården

Meis Jalil och Lillian Röstlund

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250 - Examensarbete i omvårdnad.
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2017
Handledare:	Markus Saarijärvi och Monica Pettersson
Examinator:	Margareta Mollberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka Markus Saarijärvi och Monica Pettersson för ett bra handledarskap med stöd och goda råd i skrivprocessen av detta examensarbete.

Titel (svensk)	Omtanke skänker kraft - Mäns och kvinnors uppfattningar om trygghet och säkerhet i vården.
Titel (engelsk)	Solicitude gives strength - Men's and women's perceptions of safety and security in care.
Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250 - Examensarbete i omvårdnad.
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	HT 2017
Författare	Lillian Röstlund och Meis Jalil
Handledare:	Markus Saarijärvi och Monica Pettersson
Examinator:	Margareta Mollberg

Sammanfattning:

Bakgrund: Att vara trygg och säker är ett grundläggande behov hos varje människa och något som upplevs olika beroende på tidigare erfarenhet. I mötet med vården ska detta behov tillgodoses med hänsyn till personen som helhet och utgå ifrån alla människors lika värde. Dock bedrivs vården till viss del ojämnt, män och kvinnor har inte samma förutsättningar och tillgång till vård. Patientsäkerhet är ett växande begrepp som syftar till att minska risker för skador när patienter får vård samt skall främja utveckling av säkra arbetsmetoder. All vård i Sverige måste enligt Patientsäkerhetslagen PAS 2010:659 involvera patienter och närstående i kvalitetsarbete för att utveckla en säker vård för alla. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva mäns och kvinnors uppfattningar av trygghet och säkerhet i samband med besök på sjukhus. **Metod:** Studien är en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Enkäter från Sahlgrenska Universitetssjukhus kvalitetsarbete Café i Entré används som underlag. Totalt analyseras 393 enkäter från besökande män och kvinnor med manifest analys. **Resultat:** Män och kvinnors uppfattningar av trygghet och säkerhet presenteras i tre kategorier; Mänskliga möten, personal med kunskap och kontroll samt en välorganiserad vård. **Slutsats:** Uppfattningar gällande trygghet och säkerhet är i de flesta avseenden lika, men hade vissa skillnader mellan män och kvinnor. Män uppger att en välorganiserad vård där tillgängligheten till vården är en betydelsefull aspekt medan kvinnor framförallt belyser värdet av positivt bemötande och att få berätta sin historia i mötet med vården.

Nyckelord: trygghet, säkerhet, patientsäkerhet, män och kvinnor, sjukhus

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Kvalitetsarbete - Cafe i entré.....	1
Mäns och kvinnors olika behov i vården	2
Säkerhet	2
Säkerhetskultur	2
Patientsäkerhetslagen	3
Säkerhet för patienten.....	3
Sjuksköterskans ansvar för patientsäkerhet.....	3
Arbetsmiljö och patientsäkerhet.....	4
Trygghetens betydelse i mötet med vården.....	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Design.....	5
Datainsamling.....	6
Urval.....	6
Analysmetod.....	7
Etik	8
Resultat.....	8
Mänskliga möten	10
Det betydelsefulla bemötandet	10
Värdet av en vårdrelation	10
Att få berätta.....	10
Att få vara delaktig i vården.....	11
Personal med kunskap och kontroll	11
Rätt vård ger trygghet.....	11
Trygg vårdpersonal	12
Vårdteamet tar sitt ansvar.....	13
En välorganiserad vård.....	13
En god arbetsmiljö är en säker vårdmiljö.....	13
En tillgänglig vård.....	14
Vårdens miljö och struktur.....	14
Diskussion	15

Metoddiskussion.....	15
Design.....	15
Datainsamling.....	15
Urval.....	16
Analys.....	17
Etik	17
Resultatdiskussion.....	18
Slutsats	21
Kliniska implikationer.....	21
Vidare forskning.....	21
Referenser.....	22

Inledning

Att förmedla en känsla av trygghet och säkerhet är väsentligt för att kunna ge god omvårdnad, samtidigt tolkas dessa begrepp olika beroende på individuella referensramar baserade på minnen och känslor (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). För att varje person ska uppfatta vården som trygg och säker ska hänsyn tas till individen som helhet och vården ska bedrivas jämlikt och utgå ifrån alla människors lika värde. Patientsäkerhet är ett begrepp som blivit mer återkommande både i organisationer och inom vårdutbildningar i Sverige sedan 2000-talets början (Öhrn, 2014). Det finns även krav i Patientsäkerhetslagen att vårdorganisationer ska inkludera patienter och närstående i kvalitetssäkring inom patientsäkerhet (*Patientsäkerhetslag* [PAS], 2010:659). För att få en ökad förståelse av begreppen och hur de kan utvecklas inom vårdorganisationen, bör de personer som använder vården göras delaktiga i kvalitetsarbetet. Ett av Sahlgrenska Universitetssjukhus initiativ att involvera både patienter och närstående i säkerhetsarbetet var att genomföra en enkätundersökning. Detta för att undersöka besökarnas behov av att känna trygghet och säkerhet i kontakt med vården. Följande studie är baserad på material från enkäten vid universitetssjukhuset som syftar till att beskriva mäns och kvinnors uppfattningar av trygghet och säkerhet i samband med besök på sjukhus.

Bakgrund

Kvalitetsarbete - Cafe i entré

Sahlgrenska universitetssjukhus har uppdraget att leverera länssjukvård till invånarna i Storgöteborg, specialistvård till befolkningen i Västra Götalandsregionen och övriga landet samt att bedriva undervisning, forskning och utvecklingsarbete. Patientens behov och erfarenheter ska enligt sjukhusets värdegrund vara i fokus både för vård och utveckling (Västra Götalandsregionen [VGR], 2015). Även i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) finns krav på att vårdgivaren ska inkludera patient och närstående i kvalitetssäkring och patientsäkerhetsarbetet. I sitt arbete för utveckling har Sahlgrenska universitetssjukhus utformat den Kvalitetsstrategiska avdelningen (KSA). Avdelningen arbetar med utveckling och verkställande av principer och metoder inom kvalitetssäkring och patientsäkerhet för hela sjukhuset. För att inkludera sjukhusets besökare i detta arbete finns ett återkommande kvalitetsarbete, Café i Entré, som genomförs varje år sedan 2013. Café i Entré syftar till att ställa en fråga till alla besökare i sjukhusets olika entréer samtidigt som representanter från Sahlgrenska universitetssjukhus ledning och styrelse är närvarande (VGR, 2015). I år ställdes frågan: *“Vad är viktigt för att du ska känna att vården är trygg och säker för dig?”* Det är av vikt att sammanställa dessa enkäter för att kunna använda resultatet för kvalitetsutveckling på Sahlgrenska universitetssjukhus.

År 2017 gjordes en liknande studie baserad på KSAs enkätundersökning (Svensk & Ström, 2017), enkätfrågan var då formulerad ur ett trygghetssperspektiv. Syftet för den studien var således att beskriva patienters behov för att uppleva trygghet genom en kvalitativ analys och resultatet presenterade tre huvudkategorier: det viktiga mötet, patientens medverkan och en väl fungerande vård. I följande studie har även säkerhetsbegreppet inkluderats i enkätfrågan för att få kunskap om och ett patient- och närståendeperspektiv på patientsäkerhet.

Mäns och kvinnors olika behov i vården

I 1 § i 3 kap. av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) beskrivs att kommuner och landsting ska erbjuda likställd vård för alla människor och respektera deras värdighet, samt att den som har det största behovet ska ges vård först. En förutsättning för att personens behov ska mötas är att vård söks. Flera faktorer samverkar till efterfrågan av vård, bland annat kön, socioekonomisk status och ålder. Dessa faktorer påverkar även tillgång till vård och trots att behov och människors lika värde ska styra vården ser verkligheten annorlunda ut. Kvinnor och män har historiskt betraktats som varandras motsatser och tilldelats olika egenskaper beroende på könen. Ett exempel är att se kvinnan som styrd av känslor och mannen styrd av logik. Detta har gett konsekvenser för de olika könen i samhället och även inom omvårdnad och medicin (Dahlborg Lyckhage, Lau & Tengelin, 2015). Konsekvenserna kan innebära att vården fördelas ojämnt könen emellan och enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2014) visar nationella register och studier bland annat att kvinnor har längre väntetider till ögonoperationer trots hot om försämring, samt upplever mer smärta innan de får tillgång till ländryggsoperationer. Kvinnor får också mer sällan behandling efter nationella program vid hjärt- och kärlsjukdomar och män uppnår i högre utsträckning sitt målblodtryck genom medicinsk behandling av hypertoni. Män har även bättre tillgång till nyare och dyrare medicin (Ljungman, 2014). Män och kvinnor drabbas även av olika sjukdomar och söker därför olika vård samt olika mycket vård, kvinnor besöker vårdinrättningar oftare än män (Socialstyrelsen, 2004). Kvinnor diagnostiseras i större utsträckning än män med psykisk ohälsa och kronisk smärta, medans män är överrepresenterade i tillstånd med diabetes och alkoholrelaterade sjukdomar. Kvinnor är också de som lämnar flest klagomål samt rapporteras dubbelt så ofta vara utsatta för kränkningar i kontakt med företrädare för vården. Enligt Foss (2002) upplevde kvinnorna i större utsträckning att sjuksköterskorna inte var lyhörda för viktig information. Män var mer nöjda än kvinnorna med sjuksköterskans omvårdnad, engagemang och kompetens. Även nationell patientenkät visar att män var överlag mer nöjda med vården (SKL, 2014).

Säkerhet

Säkerhetskultur

Säkerhetskultur kan beskrivas som organisationens, ledningens och de anställdas risk -och säkerhetsmedvetenhet vid en organisation. Finns en hög organisatorisk medvetenhet i en vårdorganisation finns det även en hög patientsäkerhet och en låg andel vårdskador. Detta kännetecknas av att organisationen har särskilda resurser för säkerhetsarbete, att det finns ett utvecklat samarbete mellan olika avdelningar och skikt i organisationen som gemensamt arbetar för att lösa säkerhetsproblem samt att det uppstått situationer där organisation medgivit att misstag har begåtts (Arbetsmiljöverket, 2010). Enligt Arbetsmiljöverket (2010) krävs även ett väl fungerande system där anställda kan rapportera vårdskador och avvikelser för att en organisation ska anses ha en hög säkerhetskultur. Arbetsmiljöverket, det sociala klimatet och hur trygg personalen känner sig i att rapportera sina egna fel var starkt relaterade till hög patientsäkerhet, inom svenska hälso- och sjukvårdsverksamheter (Pousette, Larsmana, Eklöf & Törner, 2017; Arbetsmiljöverket, 2010).

Patientsäkerhetslagen

I början av 2000-talet introducerades begreppet patientsäkerhet och år 2007 beställde regeringen en utredning i syfte att ur ett patientsäkerhetsperspektiv granska den lagstiftning som omfattade tillsyn och ansvar inom hälso- och sjukvården (Socialdepartementet, 2008). Utredningen ledde till stiftandet av Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) och patientsäkerhet är idag ett högt prioriterat begrepp inom hälso- och sjukvård och utbildning (Öhrn, 2014). I Patientsäkerhetslagen tillkom bland annat beskrivandet av vårdgivarens skyldighet till patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhet definieras enligt 5 § i 1 kap av PAS som skydd mot vårdskada vilket beskrivs som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt" (SFS 2010:659)

Säkerhet för patienten

Patientsäkerhet ur ett vårdorganisatoriskt perspektiv är inte nödvändigtvis det samma som det en person tänker på när hen beskriver den upplevda känslan av att känna sig säker (Öhrn, 2014). Säkerhet som begrepp kan ha flera betydelser i olika sammanhang och beskrivs av Myndigheten för statens samhällsskydd och beredskap som: "en förutsättning för staters, samhällens och individers trygghet och överlevnad" (2017). Svenska akademins ordbok beskriver ordet säker genom beskrivningen "som inte medför eller innebär fara". Vad som innebär säkerhet kan variera individuellt och aspekter som egna tidigare erfarenheter, kulturen man växer upp eller lever i samt andra rädslor skapar referensramar för begreppet säkerhet för individen (Öhrn, 2014). Hupcey (2000) menar att känna säkerhet är ett grundläggande behov hos människan och än viktigare när man är patient, då sårbarheten ökar. Att förstå vad säkerhet innebär för den enskilda patienten är av vikt inom omvårdnad för att på bästa sätt kunna bemöta patientens omvårdnadsbehov vilket leder till ökat välbefinnande och minskad sårbarhet (Öhrn, 2014; Jakobsson Ung & Lützén, 2014)

Sjuksköterskans ansvar för patientsäkerhet

Svensk sjuksköterskeförening skrev i sin kompetensbeskrivning som utgavs 2017 om professionens ansvar inom förbättringskunskap, kvalitetsutveckling samt säker vård. I denna beskrivning nämns sjuksköterskans skyldighet att genomgående reflektera kritiskt över rutiner och metoder, utveckla vårdmiljön och att aktivt involvera närstående och patienter i kvalitetsutveckling inom organisationen. Även här nämns plikten att anmäla risk för eller händelse av vårdskada (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). International Council of Nurses har arbetat fram en etisk kod som gäller internationellt för sjuksköterskor. Denna kod är inte en kompetensbeskrivning eftersom det kan variera mellan länder, utan används istället som etiska riktlinjer utifrån Förenta Nationernas allmänna förklaring om mänskliga rättigheter. Denna etiska kod beskriver att sjuksköterskan ska främja hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande samt ge samma vård till alla människor, oavsett kön, ålder, social ställning, religion, etnicitet och sexuell läggning. Yrkesprofessionen ska även verka evidensbaserat samt "har huvudansvaret för att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning" (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden av patienten. Omvårdnad i det kliniska arbetet är ett brett spektra och inkluderar allt från att informera patienten till hjälp och stöttning med aktiviteter i det dagliga livet. Sjuksköterskan ansvarar för att göra omvårdnads- och riskbedömningar vilket innebär att patientsäkerheten är

direkt beroende av att dessa omvårdnadsåtgärder planeras, utförs och utvärderas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Arbetsmiljö och patientsäkerhet

Ett av vårdens fundamentala krav menar Öhrn (2014) är patientsäkerhet, trots detta redovisar flera studier i Sverige och internationellt på ett högt antal patienter som drabbas av vårdskador. Sjuksköterskans arbete innebär en hög stressnivå och enligt Socialstyrelsen (2016) har antalet sjuksköterskor minskat i förhållande till befolkningsökningen. Detta innebär totalt en högre arbetsbelastning och bidrar till att stressen ökat ytterligare. Aiken et al. (2014) betonar vikten av välutbildade och ett högt antal sjuksköterskor per patient. Ökad arbetsbelastning med ytterligare enbart en patient för sjuksköterskan leder enligt studien till en väsentligt ökad dödlighet på avdelningen. Tervo-Heikkinen, Partanen, Aalto & Vehviläinen-Julkunen (2008) belyser att det finns ett starkt samband mellan antalet rapporterade avvikelser och höga nivåer av stressfaktorer. Sjuksköterskans har många faktorer i sitt arbete som är stressande. Otillräckligt med tid till förberedelser, hög arbetsbelastning, att arbeta med sårbara patienter samt att ha döden närvarande är ett antal av de stressorer som är aktuella i sjuksköterskans dagliga arbetstillvaro (French, Lenton, Walters & Eyles, 2000). Det finns studier som visar samband mellan stress och antalet skrivna avvikelser, vilket hotar kvalitetsarbete och därför också patientsäkerheten (Nielsen, Pedersen, Rasmussen, Pape & Mikkelsen, 2013). Bristen på sjuksköterskor gör också att många tvingas arbeta övertid eller dubbla arbetspass samt inte får tillräckligt tid för återhämtning. Detta innebär att patientsäkerheten påverkas negativt (Valiee, Peyrovi & Nasrabadi, 2014; Griffiths et al., 2014). För att en organisation ska hålla en hög säkerhetskultur krävs ett positivt socialt klimat enligt Arbetsmiljöverket (2010). I studien av Tervo-Heikkinen et al. (2008) nämner flera av deltagarna att det finns ett samband mellan dåliga arbetsrelationer och patientsäkerhet, främst beroende på kommunikationsbrist och att en konflikt mellan anställda direkt kan hota patientsäkerheten.

Trygghetens betydelse i mötet med vården

Enligt HSL (SFS 2017:30) ska en god vård bedrivas och "särskilt tillgodose patientens behov av trygghet". Trygghet är ett samlat begrepp och beskriver ett känslomässigt tillstånd baserat på tidigare erfarenheter och minnen (Mollon, 2014). Begreppet är av filosofisk karaktär och kan enligt Segesten (1994) delas upp i två dimensioner, inre och yttre trygghet och vidare menar Segesten att endast genom att förstå dessa dimensioner kan trygghet förmedlas. Den inre tryggheten, innebär bland annat en känsla av tillit, lugn och lycka. Grundtrygghet är ett annat begrepp som kan jämföras med inre trygghet, både grundtrygghet och inre trygghet är något som utvecklas i den tidiga barndomen (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Grundtrygghet är starkt sammankopplad med tillit, det kan sammanfattas som att trygghet är resultatet av känslan av tillit till sig själv, livet och framtiden, en känsla av att 'det löser sig'. Den yttre tryggheten uppstår i det som omger individen. Att känna yttre trygghet innebär att förlita sig på att det som finns i omgivningen, exempelvis relationer, sociala livsvillkor och att miljön omkring är säker. Att kunna förstå och hantera olika situationer är en del utav upplevd känsla av trygghet (Segesten, 1994). Integritet är starkt förenat med trygghet och integriteten hotas när en känsla av hot mot sin helhet som individ uppstår. Att se patienten som en person i sin helhet är en del av att förmedla trygghet. I kontakten med vården kan personen förlora den existentiella integriteten som syftar till personens inställning till livet, förmågan att tolka sitt sammanhang och i detta se sitt syfte. Att ha tillit till vården och behandlingen samt perso-

nalens närvaro beskrevs som viktiga aspekter för upplevd trygghet (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Sjuksköterskan kan öka känslan av trygghet genom att informera, bekräfta och göra patienten delaktig i vården (Segesten, 1994) samt genom att finnas där, även tyst närvaro ökar trygghetskänslan. Handlingarna måste dock grunda sig i hänsynsfullhet för personen som helhet för att undvika att kränka patientens integritet (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). För att inge trygghet och säkerhet menar Johansson, Oléni och Fridlund (2002) även att sjuksköterskan bär ett ansvar att etablera en god relation, vilken bör bygga på förståelse, respekt, tillit och samarbete.

Problemformulering

Säkerheten för patienten är högt prioriterad och de senaste 15 åren har kvalitet- och förbättringsarbeten på sjukhusen ökat kraftigt. År 2010 utformades en ny lag, Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) där bland annat nya riktlinjer för kvalitetssäkring och avvikelshantering uppdaterades för att hålla högre standard. I lagen finns även beskrivet kravet att inkludera patienter och närstående i detta arbete. Dock har Sverige fortfarande stort antal avvikelser, anmälningar och vårdskador. Media rapporterar om ökad arbetsbelastning och minskade resurser vilket skulle kunna innebära en ökad oro och en känsla av otrygghet hos allmänheten. För att utifrån ett patient- och närståendeperspektiv kunna utveckla säkerheten i vården och höja kvaliteten krävs att sjukhusledningen får ta del av åsikter och upplevelser från besökarna. Sverige ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) erbjuda en lika vård till alla människor. Statistik och tidigare studier visar dock att tillgång till vård skiljer sig mellan könen och att män i regel har bättre tillgång till dyrare samt oftare får vård som följer nationella vårdprogram. Skillnader i tillgång skulle även kunna leda till att behoven samt uppfattningarna av säkerhet och trygghet skulle kunna komma att skilja sig mellan könen. Det är motiverat att utföra en kvalitativ studie som belyser uppfattningarna av säkerhet och trygghet hos besökarna till Sahlgrenska Universitetssjukhus eftersom säkerhet och trygghet är individuella upplevelser och tolkningar. Kvalitetsarbete som genomförs ur ett organisatoriskt perspektiv, utan delaktighet av patienter och närstående riskerar leda till att utvecklingen av vården inte tillgodoser patientens behov. I denna studie kan ny kunskap utvinnas om patienternas uppfattningar som kan bidra till att utforma nya arbetsmetoder samt skapa underlag till förändring i framtiden. Det skulle även kunna uppmärksamma om behoven skiljer sig mellan män och kvinnor, samt uppmärksamma om det finns aspekter som skiljer sig åt i deras uppfattningar av säkerhet och trygghet i samband med besök på sjukhus.

Syfte

Syftet var att beskriva mäns och kvinnors uppfattningar av trygghet och säkerhet i samband med besök på ett universitetssjukhus.

Metod

Design

Studien är en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004).

Datainsamling

En enkät med en öppen fråga utformad av KSA som löd: "Vad är viktigt för att du ska känna att vården är trygg och säker för dig?" delades ut till personer som besökte Sahlgrenska Universitetssjukhus. Deltagarna ombads lämna uppgifter om ålder, könstillhörighet (kvinna, man eller egen definition) samt om de besökte sjukhuset i egenskap av patient eller närstående. Totalt 26 representanter från Sahlgrenska universitetssjukhus ledning och styrelse samt personal från KSA genomförde datainsamlingen den 21 september 2017. Vid tillfället var dessa representanter närvarande i två timmar och på plats för att dela ut och hjälpa till att svara på enkäten. Enkäten delades ut i fysisk pappersform och deltagarna ombads skriva i svar, i vissa fall fyllde dock representanter i enkäterna efter att muntligt ställt frågan till deltagarna. Enkäten delades ut vid fem olika sjukhusentréer vid de tre sjukhusen som utgör Sahlgrenska universitetssjukhuset, för att öka variationen av studiedeltagare. Enkäterna överlämnades till författarna i samband med ett möte med representanter från KSA den 9 oktober 2017.

Urval

Studien använde sig av ett tillgänglighetsurval vilket innebär att inkludera de personer som finns tillgängliga (Hartman, 1998). Deltagarna i studien berodde på vilka personer som besökte någon av de entréer där enkäterna delades ut, under de två timmarna Café i Entré pågick. Entréerna var på olika kliniker och mottagningar, vilket gav ökade möjligheter till en bred urvalsgrupp avseende sjukdomstillstånd och ålder. Både patienter och närstående var välkomna att delta i enkäten som också riktade sig till alla åldrar och kön, oavsett etnisk bakgrund. Totalt 426 enkäter samlades in med data. De enkäter som inte bidrog med information för att besvara studiens syfte exkluderades, totalt 33 stycken. Totalt 393 enkäter inkluderades i studien. Majoriteten, 286 deltagare var patienter och 107 närstående. Åldersspridning över gruppen totalt var mellan 12 och 92 år, den genomsnittliga åldern var 50 år. Av de som medverkade var 255 kvinnor (65%) och 138 män (35%).

Tabell 1. Urvalskaraktistiska

Kön	Typ	Antal	Åldersspridning	Genomsnittlig ålder	Totalt Antal
Kvinna	Närstående	66 st	12 - 85 år	49 år	255 st
	Patient	189 st	14 - 86 år	44 år	
Man	Närstående	41 st	27 - 81 år	49 år	138 st
	Patient	97 st	17 - 92 år	64 år	
Egen definition	Närstående	0 st	-	-	0
	Patient	0 st	-	-	
Hela gruppen			12 - 92 år	50 år	393 st

Analysmetod

Data från enkäterna analyserades med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats inspirerad av Graneheim och Lundman (2004) samt Krippendorff (2004). Studien utfördes med manifest analys, vilket var lämpligt eftersom den syftar till att beskriva människors upplevelser utan att kräva en djupare tolkning av texten (Danielsson, 2012). Analysen skedde med beräkning av förekomst av subkategorier, enligt Krippendorff (2004) samt genomfördes av båda författarna till föreliggande studie och följde processen beskriven nedan.

- Enkäterna sorterades i fyra högar, utifrån män och kvinnor och patient och närstående. Därefter lästes alla enkäter igen och transkriberades digitalt. Det upprättades separata dokument för män och kvinnor då avsikten var att utföra analysen separat.
- Innehållet dokumenterades inledningsvis i fyra tabeller, utifrån tidigare sortering. Meningsbärande enheter från enkäterna dokumenterades, där en mening innehöll information av en aspekt.
- Vidare sorterades de meningsbärande enheter i två tabeller utifrån kön.
- De meningsbärande enheterna kondenserades sedan, dock var inte alla meningar i behov av kondensering eftersom vissa deltagare hade svarat korta meningar.
- Vidare omvandlades de meningsbärande enheterna till koder, totalt 42 stycken. Genom att dokumentera dessa i en separat lista underlättades arbetet att återanvända tidigare använda koder.
- Därefter sorterades tabellerna utifrån könstillhörighet till totalt två tabeller vilka analysen utgick ifrån.
- De meningsbärande enheterna sorterades utifrån koderna och av de sorterade meningsbärande enheterna arbetades tio subkategorier fram.
- Förekomsten av subkategorier summerades och presenteras i procent av förekomst. Detta illustreras i ett cirkeldiagram för att enklare kunna se mönster samt få en övergripande helhetsbild över mäns och kvinnors svarsfrekvens inom de olika subkategorier som framkom i analysarbetet.
- Slutligen bildades tre övergripande kategorier och genom dessa beskrivs resultatet. Ytterligare har trovärdighet styrks enligt metoden med citat.

Tabell 2. Exempel på analystabell

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Ett bra och professionellt bemötande	-	Bemötande	Det betydelsefulla bemötandet	Mänskliga möten
Vill veta att personal har bra lön och arbetsförhållanden.	Att personal har bra arbetsvillkor	Arbetsvillkor	En god arbetsmiljö är en säker vårdmiljö	En välorganiserad vård

Etik

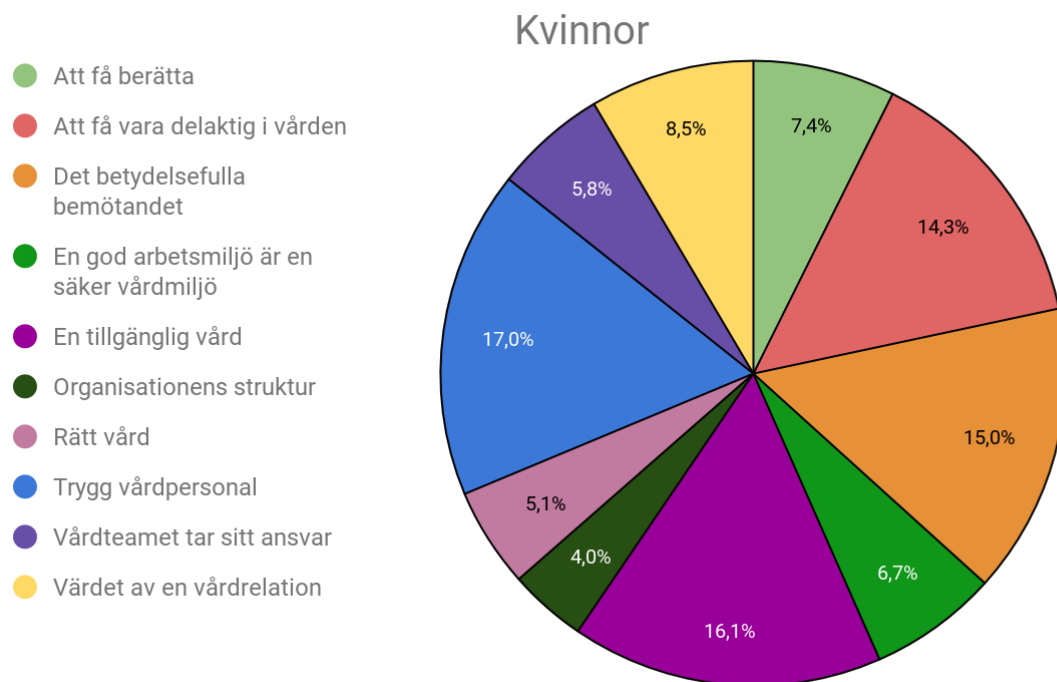
Enkäter som delades ut på Sahlgrenska universitetssjukhus har analyserats som underlag till denna studie. Författarna har tagit hänsyn till de forskningsetiska principerna enligt CODEX (2016). Information har givits deltagarna i samband med datainsamlingen, samtycke till att medverka gavs när personerna frivilligt valde att delta i studien. Inga känsliga personuppgifter har registrerats.

Resultat

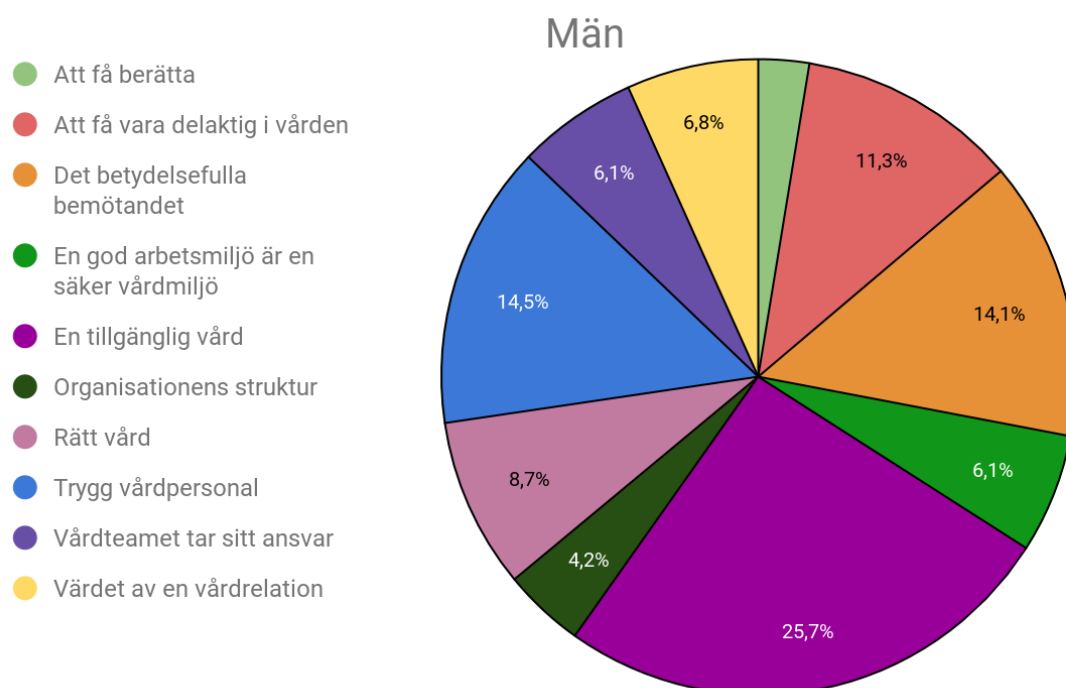
Resultatet beskrivs genom tre övergripande kategorier som framkommit i analys av materialet; mänskliga möten, personal med kunskap och kontroll samt en välorganiserad vård.

Tabell 3. Översikstabell över subkategorier och kategorier som framkom i analysarbetet

Subkategori	Kategori
Det betydelsefulla bemötandet	Mänskliga möten
Att få berätta	
Att få vara delaktig i vården	
Värdet av en vårdrelation	
Rätt vård ger trygghet	Personal med kunskap och kontroll
Trygg vårdpersonal	
Vårdteamet tar sitt ansvar	
En god arbetsmiljö är en säker vårdmiljö	En välorganiserad vård
En tillgänglig vård	
Organisationens struktur	



Figur 1. Andelen kvinnor som uppgett att följande subkategori är av betydelse för uppfattning om säkerhet och trygghet.



Figur 2. Andelen män som uppgett att följande subkategori är av betydelse för uppfattning om säkerhet och trygghet.

Mänskliga möten

Deltagarna i studien, både män och kvinnor, har på olika sätt beskrivit betydelsen av mötet mellan personal och vårdare, för att känna sig trygg och säker. Det framkom och beskrevs genom fyra kategorier, det betydelsefulla mötet, värdet av en vårdrelation, att få berätta samt att få vara delaktig i vården.

Det betydelsefulla bemötandet

Deltagarna i studien beskrev betydelsen av ett gott bemötande för att känna sig trygg och säker i vården. Det första intrycket, välkomnandet som gjorde att patienten kände sig sedd var något som både män och kvinnor uppfattade som viktigt. Bemötande, att vänlig och empatiskt personal som visade engagemang och en vilja att ta hand om dem när de sökte vård framkom också vara viktigt för patienternas känsla av trygghet och säkerhet.

“Gott bemötande, glad och trevlig personal”

Man, 71 år.

Framförallt kvinnor har även förklarat betydelsen av det mellanmänskliga mötet genom vikten att bli sedd. Kvinnorna beskrev i större utsträckning än män hur värdefullt det var att bli sedd som helhet och som en individ för att känna trygghet och säkerhet.

“Att se patienten - du är viktig, titta på patienten.”

Kvinna 47 år.

Värdet av en vårdrelation

Att ha en god relation var viktigt för såväl män som kvinnor och beskrevs genom att man ville få en chans att etablera en god relation med vårdpersonalen. Deltagarna menade att etablera en god relation, bland annat, innebar att kunna lita på sjuksköterskor och läkare vilket kontinuitet var betydelsefullt för. En kontaktperson kunde öka känslan för trygghet och säkerhet. Det beskrevs även att stafettläkare och hög omsättning på personalen kunde inverka negativt på trygghetskänslan.

“Att känna igen sina sjuksköterskor.”

Man, 79 år.

“Tillförlitlighet till att man utför det man säger att man ska.”

Kvinna, 67 år.

Att få berätta

Det framkom att kvinnor i mycket större utsträckning än män svarade att de ville bli lyssnade på och tagna på allvar för att uppleva säkerhet och trygghet i vården. Deltagarna var angelägna att få berätta sin historia för att känna sig trygg och säker i kontakt med vården. Att uppfatta att personalen tog dem på allvar och att de kände sig bekräftade samt att få tala om sin oro för någon som lyssnade var något som ökade känslan av trygghet och säkerhet. Det var betydelsefullt för framförallt kvinnorna att känna att personalen förstod att patienterna själva hade viktigt information om sitt tillstånd och att personalen var lyhörd.

“Bli lyssnad på och det patienten säger tas på allvar.”

Kvinna, 24 år.

Att få vara delaktig i vården

Kvinnor uttryckte oftare än män att få vara delaktig var en viktig del för hur trygghet och säkerhet uppfattades. Att bli sedd som en hel person var betydelsefullt. Det innebar att vården skulle utgå från personens egna förutsättningar och önskemål. Att man sågs som kapabel att ta beslut och ansvar över den egna hälsan samt att få stöttning och hjälp i beslutsfattandet var del av att bli sedd som en helhet. Genom att vårdpersonalen bjöd in patienten till dialog där patienten fick utrymme att ställa frågor och vara en del av diskussionen ökade känslan av trygghet och säkerhet.

“Att jag får tillgång till provsvar och undersökningssvar etc. Jag vill bli behandlad som kapabel att ta eget ansvar för min hälsa.”

Kvinna, 52 år

“Uppleva att det finns tid för mig att ställa frågor och få svar”

Kvinna, 46 år

Att bli informerad om hur vården är planerad samt att få undersökning och behandling förklarad var väsentligt för såväl män som kvinnor. Att få med sig skriftlig information hem var också av betydelse för att känna sig trygg och säker. Det uttrycktes att informationen skulle vara lättförståelig, det skulle inte användas “läkarspråk” utan man ville ha begriplig information, anpassad till individen eller via tolk, på ett språk man förstår.

“Att man pratar så man, som patient, förstår”

Man, 69 år

“Kommunikation och information (gärna skriftlig som komplement) från vårdpersonalen.”

Kvinna, 45 år

Personal med kunskap och kontroll

För att känna sig säkra och trygga i vården angav deltagarna att de hade behov av att veta att de var i trygga händer och blev vårdade av ansvarstagande och kompetent personal. Detta uttrycks genom betydelsen att få rätt vård, trygg vårdpersonal och att vårdteamet tar sitt ansvar.

Rätt vård ger trygghet

Männen svarade oftare än kvinnor att få rätt vård var av betydelse för upplevd säkerhet och trygghet i vården. Rätt vård innebar att få en fullständig utredning för de besvär man sökte för och en korrekt bedömning, att få rätt diagnos ingav en känsla av trygghet. Att endast få läkemedel, hade en motsatt effekt och ökade känslan av oro och otrygghet.

“Viktigt på sjukhuset, är att man får den vård man ska ha.”

Man, 65 år

Deltagarna beskrev att de ville lita att behandlingen de fick var riktig. Betydelsen beskrevs genom att få veta att de fick rätt medicin, att ett blodprov eller en operation som behövdes utfördes och blev korrekt utfört. Det framkom att deltagarna ville ha möjlighet att komma på kontroll när det fanns behov för det. Vidare var återkoppling efter mötet med vården en viktig del i hur trygghet och säkerhet uppfattades. Deltagarna ville ha en planerad uppföljningstid därför att det fanns en rädsla att hamna mellan stolarna.

“Roboten som skulle operera skulle vara så bra men allt gick fel.

Kände mig som en försökskanin”

Man, X år

“Återkoppling för att inte hamna mellan stolarna.”

Man, 21 år

Trygg vårdpersonal

Personalens egenskaper och agerande hade betydelse för hur trygghet och säkerhet i vården uppfattades. Att personalen var kompetent och hade en god utbildning var det viktigaste för både män och kvinnor samt var något som man tog för givet. Att det fanns personal med kompetens på sjukhuset att utföra den sökta vården för var också av betydelse, varför specialistvården sågs som en trygghet och ökade känslan av säkerhet.

“Viktigt med kompetent personal inom området”

Man, 32 år

“Kompetens ger förtroende.”

Kvinna, 75 år

Att personalen var närvarande, arbetade noggrant, jämlikt och hygieniskt var andra aspekter som ingav en känsla av trygghet och säkerhet för såväl kvinnor som män. Erfaren personal sågs som en självklarhet för kvinnor medan män inte nämnde det alls. Närvarande personal innebar att läkare och sjuksköterskor skulle visa sig mer bland patienterna, eller bara titta in på vådrummet ibland.

“Jag blev lämnad på Akutmottagningen själv med andningsproblem i flera timmar. Det kändes inte okej, det hade räckt att någon tittade in då och då. Jag var inte uppkopplad...”

Kvinna, 56 år

God omvårdnad var en central del i uppfattningen av säkerhet och trygghet, framförallt var detta uttryckt av kvinnorna. Deltagarna ville känna sig väl omhändertagen genom att personalen visade omtanke för personen som helhet, vilket ibland beskrevs av mindre åtgärder som att servera rätt mat eller bjuda på en kopp kaffe. Man uppskattade när personalen agerade lugnt, tryggt och hjälpsamt.

“Omtanke skänker kraft”

Kvinna, 67 år

Vårdteamet tar sitt ansvar

För att uppfatta vården som trygg och säker ville deltagarna att vårdteamet skulle vara förberedda inför möten, hålla tider samt vara insatta i sjukdomshistorien. Att vården är sekretessbelagd gjorde att vården uppfattas som trygg och säker. Det som kändes komplicerat, exempelvis förberedelse inför en operation, ville man inte ta eget ansvar för eftersom det innebar en minskad känsla av säkerhet.

“Att man måste göra så mycket själv innan operationen skapar otrygghet. Man borde få läggas in dagen innan.”

Kvinna, 76 år

Vidare var det av vikt att samordning mellan olika vårdgivare fungerade. När den gjorde det upplevdes en ökad säkerhet och trygghet, det samma gällde när man upplevde att samarbetet i teamet fungerade. Teamarbetet var viktigt framförallt för kvinnor. Det upplevdes som en säkerhetsbrist att bli skickad mellan avdelningar eller behandlingar utan att de olika professionerna rapporterat till varandra. Att olika vårdgivare och landsting hade tillgång till patientens journal var något som kunde öka uppfattningen av trygghet och säkerhet för att patienterna själva inte behövde vara belastade med att förmedla information eller att stå för samordning mellan landsting. Det beskrevs som negativt att man själv fick ta ansvar och jaga vården för att få komma in i vården, när samordningen inte fungerade.

“Kommunikation mellan sjuksköterskor, läkare, sjukhus och vårdcentral.”

Man, 30 år

En välorganiserad vård

Både män och kvinnor uppgav att de hade ett behov av att veta att vården i grunden var välorganiserad för att känna sig trygga och säkra. Att veta att personalen hade bra arbetsvillkor, att vården var tillgänglig och att ha tillit till organisationens struktur var viktigt för deltagarna.

En god arbetsmiljö är en säker vårdmiljö

Att personalen hade en god arbetsmiljö var väsentligt för uppfattningen av säkerhet och trygghet, deltagarna ansåg att god vård framförallt kunde ges av personal som har det bra. Deltagarna hade erfarit att det finns en brist på läkare och sjuksköterskor och att detta leder till en personalstyrka som är stressad och glömmer saker, därmed upplevde man en minskad säkerhet. Män uttryckte i större utsträckning än kvinnor att fler vårdpersonal gav en ökad känsla av trygghet och säkerhet. Vården upplevdes som säker och trygg av både män och kvinnor när personalen inte stressade utan hade tid och gav patient och närstående möjlighet att få utrymme att ställa frågor samt att få berätta sin historia. Deltagarna uppgav att de ville känna sig som den enda patienten. Kvinnor var de som nämnde att goda arbetsvillkor bidrog till en känsla av säkerhet och trygghet.

“Bra arbetsmiljö för dem anställda. När det funkar är det bra vård.”

Kvinna, 47 år

“Att vården tar sig tid för mig som patient, inte känna att man är där kortast möjligast tid för att slussas vidare”

Man, 32 år

En tillgänglig vård

Det framkommer i analysen att tillgängligheten i vården är det absolut viktigaste för mäns uppfattning av trygghet och säkerhet. Att vården var tillgänglig var väsentligt även för kvinnorna, dock inte i lika stor utsträckning. Detta beskrevs med en ökad känsla av säkerhet om deltagarna visste att de kunde komma i kontakt med vården i allmänhet eller avdelningen de varit ineliggande på, när behov fanns. Att kunna ha en digital kontakt med läkare och sjuksköterskor och komma i direktkontakt, via mail eller applikationer i mobiltelefoner kunde öka uppfattningen av säkerhet. Att ha närhet till primärvård samt specialist/länssjukvård visade sig vara viktigt och beskrevs genom att korta restider ökade känslan av säkerhet.

“Vill ha lätt att få kontakt, digitalt kan vara bra”

Man, 48 år.

“Det känns tryggt att ha nära till sjukhuset.”

Man, 73 år.

Att behöva vänta i ovisshet och att vårdköerna var långa, innebar för många en stor oro och känsla av osäkerhet. Både kvinnor och män kände oro över risken att bli försämrade om de tvingas vänta länge för att få vård, undersökningar eller bli remitterade. Det var även viktigt att det fanns tillgång att få en bokad tid och att inte behöva söka vård genom drop-in tider eller akutmottagningen. Att triagering av patienterna utfördes korrekt och att de i störst behov fick vården först var en aspekt som ansågs betydande. Att behöva vänta på vård var för män det största hotet mot känslan trygghet och säkerhet.

“Jag har blivit skickad fram och tillbaka, har inte blivit remitterad och har fått komplikationer på grund av lång väntetid. Känner mig trygg när jag väl är inne.”

Kvinna, 73 år.

“Att man i god tid får behandling och inte får vänta, då risk för komplikation.”

Man, 70 år.

Vårdens miljö och struktur

Utformningen av miljön var av betydelse för hur trygg och säker man uppfattade vården. Det var viktigt att det var skyltat och uppmärkt för att hitta dit man skulle. Att det var ordning och reda samt rent, snyggt och färgsatt var något som ökade känslan av säkerhet och trygghet. Fler enkelrum och att inte behöva dela rum med motsatt kön var något som kvinnorna belyste som viktigt, medan män betonade vikten av att det fanns någon som hade kontroll på vem som befann sig på sjukhuset för att känna sig trygg och säker.

“Uppskattar färgsättning och konst, det mår jag bra av.”

Kvinna, 80 år

“Man vill känna sig trygg när man är på akuten även om det är stökiga patienter där.”

Man, 57 år

Vidare ville deltagarna veta att organisationen var uppbyggd på ett professionellt sätt där allt fungerade som det skulle, exempelvis snabbspåren vid akuta sjukdomar. Man menade att det krävde resurser och tyckte att en satsning på vården kunde påverka uppfattningen av säkerhet.

“Mer satsning på vården!”

Kvinna, 49 år

Diskussion

Metoddiskussion

Design

Studiens design är en kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. En kvalitativ innehållsanalys valdes eftersom syftet för studien krävde en djupare beskrivning av subjektiva begrepp, uppfattningar av begreppen trygghet och säkerhet (Graneheim & Lundman, 2004). Ansatsens valdes därför att författarna avsåg att utföra analysen textnära och bedömde att endast mindre tolkningar behövde utföras. Enkätsvaren bestod även ofta av korta meningar vilket gav ett litet utrymme för tolkningar. Inga djupare tolkningar ansågs vara nödvändigt i analys varför manifest ansats ansågs vara lämplig (Danielsson, 2012). Det finns en risk att författarnas förförståelse och egna åsikter formar kategorier då ämnet är subjektivt och känslan av trygghet och säkerhet har betydelse för alla människor. Författarnas egna uppfattningar av trygghet och säkerhet kan därför ha påverkat utformningen av kategorierna.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde via KSA som delade ut en enkät till personer som besökte sjukhuset. Detta innebär att författarna ej var närvarande vid datainsamlingen eller vid framställningen av enkätfrågan vilket kan ses som en svaghet enligt Henricson och Billhult (2012). Vilka som utför datainsamling kan ha en betydelse för resultatet, att representanter från Sahlgrenska Universitetssjukhus ledning genomförde datainsamlingen kan ha alltså påverkat resultatet. Författarna noterade även vid analysen att en del av enkäterna var ifyllda av samma personer. Alla deltagare hade alltså inte skrivit svaren själva, utan fått hjälp av en representant. Detta kan ha påverkat resultatet dels därför att det kan ske en misstolkning i kommunikationen, men också kan deltagarna ha svarat annorlunda muntligt till en representant än om de hade fått svara skriftligt på enkäten. Ett annat resultat hade möjligen kunnat utvinnas om representanter inte varit närvarande och om åsikter hade kunnat lämnas helt anonymt eftersom närvaro av sjukhusets ledning kan ha påverkat vad personerna har svarat på enkäten, oavsett om deltagarna själva fyllde i enkäten eller ej. En fördel med att representanter var närvarande var att de erbjöd hjälp till personer med läs- och skrivsvårigheter, vilket breddar urvalet av deltagare till studien. Frågan var utformad på svenska och trots att det fanns hjälp att få från närvarande representanter var ingen tolk närvarande, därför finns möjligheten att personer som inte var bekväma med språket valde att avstå från att delta i studien vilket kan ha påverkat resultatet.

Enkätfrågan var egenkonstruerad av KSA och författarna var inte delaktiga i framställningen av den. Egenkonstruerade frågor kan leda till feltolkning i analysen. (Billhult & Gunnarsson,

2012) Begreppen “att känna sig trygg” och “att känna sig säker” var med i frågan och var skrivna i samma mening, vilken kan ha påverkat deltagarnas tolkning av begreppen. Det är tänkbart att ett annorlunda resultat hade funnits om frågan bara hade behandlat begreppet “säker” och att man genom frågan hade eliminerat associationer till att känna sig trygg. Detta innebär även en risk för feltolkning av enkätfrågan av författarna. Det finns en styrka i att det var en öppen, icke ledande fråga eftersom deltagarna fick utrymme att beskriva själva. Det faktum att det endast var en fråga kan också ha bidragit till ett större antal deltagare då enkäter med många frågor kan upplevas som tidskrävande. Samtidigt kan det diskuteras att genom att ställa fler frågor med olika svarsalternativ hade kunnat ge deltagarna associationer till tidigare vårdtillfällen och deras behov i olika situationer.

Urval

Totalt 426 enkäter samlades in via tillgänglighetsurval varav 393 inkluderades. Det ansågs vara ett lämpligt antal för denna typ av studie, då de flesta svaren var kortfattade krävdes ett större antal enkäter för att kunna tolka kvalitativt (Danielson, 2012). Tillgänglighetsurval innebär att de personer som finns tillgängliga inkluderas (Hartman, 1998). För att besvara studiens syfte var detta ett urval som ansågs vara ändamålsenligt eftersom målgruppen var personer som besökte sjukhus. Svagheten med tillgänglighetsurval kan vara att man inte får rätt typ av bredd och variation (Hartman, 1998; Billhult & Gunnarsson, 2012). Det finns ingen data över hur många som tillfrågats men valt att inte delta i studien, vilket kan ses som en svaghet. Att datainsamlingen skedde i entréer där flera olika typer av vård sökes stärker överförbarheten för denna studie då det inte är endast en typ av patienter och närstående som tillfrågas. Ålder kan ha betydelse för vad man som patient eller närstående anser är betydelsefullt för känslan av säkerhet och trygghet i mötet med vården. Tre personer var under 18 år, vilket betyder att de per definition inte är män eller kvinnor. Författarna till föreliggande studie ansåg att deras uppfattningar av trygghet och säkerhet trots ålder är av betydelse. Urvalsgruppen hade en medelålder på 50 år. Ett annat resultat hade kunnat visas om urvalsgruppen hade begränsats till olika åldersgrupper, vilket hade varit underlag för intressanta jämförelser av uppfattningar för trygghet och säkerhet.

Syftet var att beskriva mäns och kvinnors uppfattningar av trygghet och säkerhet, därför inkluderades alla deltagare som besvarat enkätfrågan och fyllt i fullständig information. Som alternativ till man och kvinna fanns “egen definition”, de enkäter som inte var ifyllda med könstillhörighet sågs som ofullständiga och exkluderades ur studien av författarna för att de ej kunde besvara syftet. Det kan ses som en svaghet att människor som inte definierar sig endast som man eller kvinna är representerade i studien. Både närstående och patienter är inkluderade eftersom det är av betydelse att båda dessa grupper är en del av kvalitetsarbetet, att exkludera närstående kunde leda till ett annorlunda resultat utifrån ett patientperspektiv. Att hela gruppen är inkluderad stärker överförbarheten till sjukhusbesökande män och kvinnor. Förra årets studie baserad på KSA:s enkäter av Svensk och Ström (2017) exkluderade närstående för att studera utifrån ett patientperspektiv. Författarna till föreliggande studie ansåg därför att ett samlat perspektiv av både närstående och patienter kunde bidra med ett annorlunda perspektiv då urvalet inte begränsats på likt föregående studie.

Analys

Analysen genomfördes induktivt. Induktion syftar till att genomföra en analys där forskaren aktivt begränsar sig från att involvera den egna förförståelsen och istället utgår från textens innehåll (Danielsson, 2012). Analysen började med att texten på de 393 enkäterna transkriberades. En del enkäter var svåra att tyda på grund av otydliga handstilar och texten var ibland svår att förstå på grund av hur den var uppbyggd, exempelvis mycket korta meningar som saknade sammanhang. Otydligheten i texten gjorde att tolkningar fick göras. Enkäterna analyserades av båda författarna till föreliggande studie samtidigt. Författarna försökte hålla ett objektivt förhållningssätt under analysen, men förförståelse av att själva har varit patienter och/eller närstående samt författarnas egna behov och attityder kan ha påverkat hur materialet analyserats. Vidare kan författarnas bakgrund som vårdpersonal och sjuksköterskestudenter vid ett universitet påverkat tolkningen och det är möjligt att andra författare fått ett annorlunda resultat. I analysarbetet separerades män och kvinnor och analyserades utifrån kön. Det faktum att båda författarna är kvinnor kan ha påverkat analysen. Resultatet skulle kunna komma att bli annorlunda om det var personer med annat kön som analyserat enkäterna. Som stöd användes två handledare som diskuterat analysen tillsammans med författarna för att öka tillförlitligheten. Författarna kodade meningsenheterna först var för sig och sedan tillsammans. Detta ansågs styrka tillförlitlighet då tolkningen i hög grad överensstämde författarna emellan. Vidare skapades även subkategorier och kategorier av författarna i först skilda analyser för att sedan diskutera och gemensamt omformulera kategorierna. Detta var ett sätt för författarna att ta avstånd från sin förförståelse för att öka pålitlighet och bekräftelsebarhet, samt att undvika att bli påverkade av varandra. Vidare summerades subkategorier utifrån förekomst för att ytterligare öka bekräftelsebarheten och visa en tydlig överblick, vilket stärker resultatet. Analysprocessen har hög transparens och underlättar att följa de olika stegen, vilket ökar trovärdigheten.

Etik

Kvalitativa studier bygger ofta på att människor delar med sig av åsikter, upplevelser och uppfattningar. Detta kan leda till att deltagarna måste öppna sig och dela med sig om känslig information, vilket gör datainsamling processen komplex. Vetenskapsrådet (2002) har tagit fram fyra principer: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet och menar att om detta följs minimeras riskerna för deltagare i en studie blir utsatta. Det var representanterna som genomförde studien på plats som var ansvarig för att alla deltagarna fått fullständig information enligt alla principer, vilket gör att författarna inte hade kontroll över om detta utfördes korrekt. I denna studie samlades data in genom en enkät och svaren var ofta skrivna så att deltagarna inte gick att identifiera. Datainsamlingen gjordes av representanter från Sahlgrenska universitetssjukhus ledning som var på plats och hjälpte deltagarna att fylla i enkäter, samt svara på frågor angående enkäten. Detta kan ha lett till att vissa av deltagarna trots anonymiteten, kände sig identifierade. Enligt CODEX (2016) är det viktigt att deltagarna får information om att de när som helst kan avbryta sitt deltagande. Även om deltagarna fått ta del av denna information, skedde datainsamlingen på en öppen plats. Representanternas närvaro samt närvaro av andra människor i sjukhusets entréer kan ha lett till att deltagarna inte kände sig bekväma att avbryta deltagande i studien på grund av omgivningen.

Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva mäns och kvinnors uppfattningar av trygghet och säkerhet i samband med besök på sjukhus. Män och kvinnor delar de flesta uppfattningar och behov för att känna säkerhet och trygghet i mötet med vården. Betydelsen att bli sedd som en individ ur ett helhetsperspektiv genomlyste resultatet. De områden som särskiljde mäns och kvinnors uppfattningar om trygghet och säkerhet i vården var framförallt två aspekter. Kvinnor uttryckte i mycket större utsträckning att de ville få berätta sin historia medan män såg tillgängligheten till vården som betydelsefullt. Tre huvudkategorier framkom i resultatet, mänskliga möten, personal med kunskap och kontroll samt en välorganiserad vård.

Det mellanmänskliga mötet, vilket innefattar möjligheten att skapa en kontinuerlig vårdrelation där tillit och respekt för personen som helhet, var centralt och betydelsefullt för uppfattningen av trygghet och säkerhet för både män och kvinnor. Hur en patient bemöts i samband med vård leder till en vårdrelation som kan vara positiv eller negativ för patienten. En positiv relation kännetecknas av att patienten känner tillit till vårdaren och en känsla av välbefinnande medan en dålig kan leda till känslor av hopplöshet och ett minskat egenvärde (Snellman, 2014). Även Ström & Svensk (2017) visade, i fjolårets studie, att mötet var av betydelse för upplevd trygghet i samband med vård på sjukhus. Patientens behov ska alltid beaktas i mötet med vården, för att detta ska ske måste vårdgivaren känna till dessa behov. I mötet mellan patient och vårdgivare får patienten möjlighet att berätta sin historia som tillsammans med vårdgivarens värderingar, fördomar, kunskaper och arbetssätt är förutsättningarna för vilken typ av vård patienten erbjuds (Socialstyrelsen, 2004). Resultatet visar på att möjligheten att få berätta sin historia är knutet till upplevelsen av trygghet och säkerhet. Det framkom att kvinnor i mycket större utsträckning än män svarade att de ville få möjligheten att berätta sin historia genom att bli lyssnad på och bli tagen på allvar. Sociala normer och förutfattade meningar kan innebära att kvinnor inte blir tagna på allvar på samma sätt som män (Dahlborg Lyckhage, Lau & Tengelin, 2015). Nationell patientenkät (SKL, 2016) visar också att kvinnor känner sig mindre delaktiga i vården, vilket möjligen kan bero på att kvinnor har sämre tillgång till vård än män. Människor blir påverkade av strukturer i samhället vilket innebär att människor betar sig och behandlas olika, utifrån bland annat kön, trots att en medvetenhet kring normerna finns. Att kvinnor i större omfattning svarade att de ville få berätta sin historia och bli tagna på allvar kan bero på dessa omedvetna skillnader i bemötandet och att ojämlikheten i vården som statistiken visar. Att få berätta sin historia är viktigt för patientsäkerheten, då anamnesen, inte endast är den grund sjuksköterskan planerar sin omvårdnad utifrån utan också den grund vilken många medicinska beslut vilar på (Florin, 2014). Att inte lyssna på patienten och ta en fullständig anamnes kan alltså orsaka personen skada eftersom viktiga delar kan missas. På ett individuellt plan kan det innebära att den enskilde patienten kan känna ett hot mot sin säkerhet i samband med mötet med vården på grund av den enskilde vårdarens bemötande.

En aspekt som kan påverka möjligheten för sjuksköterskan att lyssna på patienten är den tid som sjuksköterskan har till förfogande. Tvingas vårdpersonal arbeta under stress och begränsad tid kan det finnas risk att bemötandet och vårdrelationen blir bristande, även att möjligheten att få berätta uteblir eller blir otillräcklig. Deltagarna har beskrivit att det känns otryggt när de upplever att det saknas tillräcklig tid för dem, dels för att de själva inte får utrymme att berätta men även att det finns en oro för att personalen måste stressa. En människa som

tvingas arbeta under stress kan upplevas att inte ha samma kontroll över situationen, vilket också framkom i resultatet. Arbete under stress kan även komma att drabba patientsäkerheten. Studier har visat att stress på arbetsplatsen minskar antalet skrivna avvikelser (Nielsen et al., 2013) Patientsäkerheten påverkas även när omvårdnadsåtgärder glöms eller inte hinns med till följd av höga stressnivåer. (Tervo-Heikkinen et al., 2008; Kalisch, 2006). Att sjuksköterskan tvingas arbeta under stress kan bero på bristande arbetsvillkor och påverkar såväl tryggheten som patientsäkerheten. I resultatet framkom det att deltagarna kände oro över arbetsvillkor och en ökad stress för vårdpersonalen. Främst var det kvinnor som uppgett arbetsvillkorens betydelse för uppfattningen av trygghet och säkerhet. Det faktum att kvinnor är tydligt över-representerade i personalstyrkan inom vården kan tänkas vara ett skäl att det uppmärksam-mats betydligt mer i denna grupp. Personlig erfarenhet av stress inom vårddyrket kan innebära att det finns en medvetenhet om att patientsäkerheten minskar vid bristande arbetsförhållan-den. Att både män och kvinnor uppgett att frånvaro av stress hos personalen under vårdtiden är viktigt för att känna sig säker samt att arbetsvillkoren är goda kan tänkas vara en kombina-tion av personlig erfarenhet hur stress påverkar den enskilde personen, men också på grund av uppmärksamhet av ämnet i media. Publikationer i media har återgett en bild om hur arbetsbe-lastningen ökar inom vården och att personalen är utsatta för stress i stor utsträckning. Därtill får vårdskador relaterat till hög arbetsbelastning och stress utrymme i media. Medvetenheten om vårdpersonalens arbetsvillkor och den ökade belastningen är därför idag stor hos allmän-heten. I Socialstyrelsens rapport (2016) presenteras att antalet sjuksköterskor minskat i förhål-lande till befolkningen som ständigt ökar. Att färre sjuksköterskor i tjänst ökar dödligheten på sjukhus har visats i flertalet studier (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002; Aiken et al., 2014; Needleman, Buerhaus, Pankratz, Leibson, Stevens & Harris, 2011).

Tillgängligheten till vården var av stor vikt för både kvinnor och män för att uppfatta vården som trygg och säker. Tillgänglighet innebar kortare väntetider generellt samt större möjlighet att få den vård man ansåg sig behöva. För män var tillgängligheten den enskilt viktigaste aspekten. Både männen och kvinnorna uppgav att de kände en oro över att försämrats i sin sjukdom medan de väntade och att det kunde uppstå komplikationer. Av de som behövde spe-cialiserad vård i Västra Götalandsregionen hade 70% fått tillgång till ett första besök och 59% fått tillgång till behandling, inom 90 dagar, vilket är gränsen för vårdgarantin (SKL, 2017). Medianväntetiden på akuten på Sahlgrenska Universitetssjukhus ligger på fyra timmar vilket är längre än i landet generellt, vilket bekräftar deltagarnas oro över att få vänta. Enligt Social-styrelsen (2017) kan en anledning till långa väntetider på akuten vara att inflödet av patienter till akuten inte är lika stort som utflödet från vårdavdelningar vilket leder till att patienterna får vänta på akuten. Akutmottagningen har inte resurser till att vårda dessa patienter vilket leder till en minskad patientsäkerhet vilket innebär bland annat feldiagnostisering, ökad risk för komplikationer samt ökad dödlighet (Socialstyrelsen, 2017). Personer i behov av akutvård kan bli lidande på grund av hög belastning Patientsäkerheten kan komma att påverkas direkt av tillgängligheten, vilket framkom i studien.

Deltagarna har beskrivit att det är viktigt för känslan av trygghet och säkerhet att veta att de får rätt vård och korrekta utredningar, behandlingar samt uppföljning. Enligt Johansson et al. (2002) finns en förväntan av patienten att vårdpersonalen har god kompetens vilket även re-dogörs för i vårt resultat. Får patienten bekräftat att det finns kompetens och kunskap om be-handling samt om patientens situation, ökar detta tillit samt känslan av trygghet och säkerhet (Johansson et al., 2002). Kompetens och utbildningsnivå har därtill visat öka patientsäkerhet och ett större antal sjuksköterskor med kandidatexamen anställda på en avdelning leder till

minskad dödlighet (Aiken et al., 2014). Idag växer kunskapen hos patienterna själva genom att internet har gjort en stor mängd information tillgänglig. Patienterna kan därför idag ha högre krav på vården och själva funnit flera alternativ till behandling och utredning än det som erbjuds av vården. Kunskapen kan också tänkas vara en källa till ökad oro, vilket skulle kunna göra patienterna mer angelägna till utredningar och behandlingar som vården inte anser är nödvändiga. När de inte blir erbjudna ett alternativ eller information som det själva funnit eller får till svar att läkare inte vet, känner de sig utelämnade (Johansson et al., 2002) vilket kan minska känslan av säkerhet och trygghet. Detta skulle kunna vara en bidragande anledning till att deltagarna i stor utsträckning svarat att de vill ha rätt vård och en fullständig utredning för att känna sig säkra i vården.

Att vara en kompetent sjuksköterska innebär bland annat att kunna se patienten som en individ och att arbeta utifrån ett holistiskt förhållningssätt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014), vilken enligt Santamäki Fischer & Dahlqvist (2014) är ett kriterium för att inge trygghet. Detta innebär att man utgår från personen med hens behov i fokus, istället för enbart det sjuka. Dock kan man tycka att sjukhus och avdelningar idag är uppbyggda från ett sjukdomsorienterat perspektiv. Avdelningar ger vård för specifika sjukdomstillstånd och specialistläkare blir experter på olika delar av kroppen. Det framkom i studien att känslan av trygghet och säkerhet ökar när de finns specialistläkare. Det är sannolikt att personal som arbetar på specialistavdelningar kan komma att få mer specifik erfarenhet och kunskap inom det området de jobbar med. Detta kan leda till att den sammanlagda specifika kunskapen på en specialiserad avdelning alltså kan vara mycket stor. Dock finns en risk att den kunskapen blir snäv och en svårighet att möta patienter med multisjuklighet och komplexa omvårdnadsbehov kan uppstå. Situationen kan därför komma att bli mer sårbar och ha en negativ effekt på patientsäkerheten, vilket kan komma att ställa höga krav på koordinering mellan olika avdelningar och vårdgivare. Denna aspekt genomlyser i studien då både män och kvinnor svarat att det är viktigt att vården är väl samordnad. Deltagarna beskrev att det var viktigt för säkerheten och tryggheten med en väl organiserad samordning och att veta att kommunikationen mellan olika läkare och avdelningar fungerade. Att bli hänvisad till olika vårdinsatser vid flera tillfällen i vården skapar oro, enligt studiens resultat. Att dessutom själv behöva ta ansvar för viktig information mellan olika vårdgivare och professioner menade deltagarna verkade negativt på känslan för säkerhet. När en människa måste ta ansvar över områden där de själva saknar tillräcklig kunskap för att känna att de har kontroll, växer otryggheten och en redan sårbar patient lätt rädd och osäker (Mollon, 2014). Det kan även finnas en risk att viktig information faller bort när man måste byta vårdkontakt ofta och repetera sin historia. Trots ökad kunskap är patient inte vårdpersonal och kan inte förväntas veta alla väsentliga detaljer som utfördes vid förra läkarbesöket. Det kan därför även komma att påverka patientsäkerheten när det finns brister i samordning och när patienten själv får ta för mycket ansvar för vården.

En säker vårdmiljö var viktig för deltagarna, både utformningen och hur den anpassas för deras behov. Det var viktigt att veta hur miljön var utformad och att det var tydligt skyltat på sjukhusområdet. Segesten (1994) menar att trygghet endast kan upplevas om man känner att omgivningen är säker. Endast kvinnor uttryckte att känslan för trygghet och säkerhet stärktes genom att bli erbjuden enkelrum eller att dela rum med andra kvinnor under sin tid på sjukhuset. Att vara vistande på sjukhus kan i vissa fall innebära att man blir blottad fysiskt. Det kan även pågå behandling med mediciner som har stark påverkan på medvetenheten och det kan tänkas att många upplever bristande kontroll på vad som händer i omgivningen. Kombination av en redan sårbar situation och att en stor del kvinnor har personlig erfarenhet av sexuella

trakasserier kan leda till att kvinnor känner sig än mer otrygga om de måste dela rum med män. Detta kan bero på att det framförallt är män som utsätter kvinnor för sexuella övergrepp och/eller trakasserier (Brottsförebyggande rådet [Brå], 2016).

Kliniska implikationer

Studien belyser uppfattningar av trygghet och säkerhet som besökare på ett sjukhus har. Med denna kunskap kan sjuksköterskor och annan vårdpersonal få ett bredare perspektiv av vad säkerhet och trygghet innebär för män och kvinnor samt arbeta utifrån detta när de i sin yrkesprofession möter människor. Det framkom att uppfattningar mellan män och kvinnor i vissa fall skiljde sig åt, detta kan bero på att tillgången till vård inte är jämställd mellan könen och att vi behandlar människor olika utifrån sociala normer. Författarna hoppas således med denna studien kunna bidra till en ökad medvetenhet hos vårdpersonal och främja en vård utifrån mäns och kvinnors lika värde. Studien visar också på att patienter och anhöriga uppfattar vården som trygg och säker när ansvar tas av vårdorganisationen och samhället. Detta ansvar innefattar att skapa en god arbetsmiljö och bra arbetsvillkor för de anställda samt att arbeta för att öka tillgängligheten för besökarna. Resultat från denna studie kan ge ytterligare uppmärksamhet för betydelsen av vårdpersonalens arbetsvillkor på patientsäkerheten och utifrån ett patient- och närståendeperspektiv.

Vidare forskning

Enkäten som var underlag till denna studie var utformad via en fråga utifrån ett trygghet och säkerhetsperspektiv. Vidare forskning via exempelvis intervjuer är önskvärt för att få en djupare kunskap inom ämnet. Det kan även vara intressant att studera olika åldersgrupper separat, vilka också kan ha olika uppfattning av trygghet och säkerhet i vården. Därtill behövs en studie med fokus på uppfattningar om endast säkerhet eftersom trygghet och säkerhet är närbesläktade begrepp.

Slutsats

Syftet var att beskriva mäns och kvinnors uppfattningar av trygghet och säkerhet i samband med besök på sjukhus. Både män och kvinnor uppgav betydelsen av det mänskliga mötet. Möjligheten att etablera en god vårdrelation genom gott bemötande och kontinuitet av personal var betydelsefullt för uppfattningen av trygghet och säkerhet. Kvinnor uttryckte ett tydligt större behov av att bli lyssnad på och bli tagna på allvar än männen. Både män och kvinnor beskrev betydelsen att personalen var kompetent och hade den kunskap som krävdes för ett tryggt och säkert möte. Tillgängligheten av vården var betydelsefull för att uppleva trygg och säker vård. Känslan av trygghet och säkerhet påverkades av vårdpersonalens arbetsvillkor och upplevelse av stress. Stressen påverkade patientens möjlighet att få berätta sin historia och även vårdrelationen påverkas negativt, vilket sänker patientens känsla av säkerhet och trygghet. Av männen angav en stor andel av dem att tillgänglighet av vård var viktigt samt att få vård i tid, för att de skulle känna sig säkra och trygga i mötet med vården. Studiens resultat visar att sjuksköterskor är viktiga för deltagarnas uppfattningar av trygghet och säkerhet och har goda möjligheter att förbättra denna via ett gott bemötande.

Referenser

- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association* 288(16), 1987-1993.doi: 10.1001/jama.288.16.1987
- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, K., Busse, R. . . Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Arbetsmiljöverket. (2010). *Bra samspel och samverkan skapar säkerhet – om klimat och kultur på arbetsplatsen*. (2010:1). Hämtad 2017-10-20 från <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/kunskapssammanstallningar/bra-samspel-och-samverkan-skapar-sakerhet---om-klimat-och-kultur-pa-arbetsplatsen-rap-20101-kunskapssammanstallning/?hl=2010:1>
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.139-150). Lund: Studentlitteratur AB.
- Brottsförebyggande rådet (2016). *Nationella trygghetsundersökningen*. Hämtad 2017-11-05 från:<https://www.bra.se/brott-och-statistik/statistiska-undersokningar/nationella-trygghetsundersokningen.html>
- CODEX. (2016). Forskning som involverar människan. Hämtad 2017-11-14, från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Dahlborg Lyckhage, E., Lau, M., & Tengelin, E. (2015). Normer som hinder för jämlik och rättighetsbaserad vård. I E. Dahlborg Lyckhage, G. Lyckhage, E. Tengelin (Red.), *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. (s.37-55.) Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.329-342). Lund: Studentlitteratur AB.
- Florin, J. (2014). Omvårdnadsprocessen. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling* (s. 47-78). Lund: Studentlitteratur.
- Foss, C. (2002). Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(1), 19-26.doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00045.x
- French S.E., Lenton R., Walters, V., & Eyles J. (2000) An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of Nursing Measurement* 8, 161–178.
- Graneheim, & Lundman. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Griffiths, P. H., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A., . . . Aiken, L. (2014). Nurses' Shift Length and Overtime Working in 12 European Countries: The Association With Perceived Quality of Care and Patient Safety. *Medical Care*, 52(11), 975-981.doi: 10.1097/MLR.0000000000000233

Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande: Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-138). Lund: Studentlitteratur AB.

Hupcey, J. (2000). Feeling Safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 361-367.doi: 10.1111/j.1547-5069.2000.00361.x

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) Hämtad från Riksdagens webbplats: 20 oktober 2017 https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Jakobsson Ung, E. & Lützén, K. (2014). Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling* (s. 27-46). Lund: Studentlitteratur.

Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian journal of caring science*, 16(4), 337-344. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x

Kalisch, B. J. (2006). Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306-313.

Ljungman, C. (2014). *Treatment of hypertension in women and men*. Gothenburg: Department of Emergency and Cardiovascular Medicine, Institute of Medicine, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg : Charlotta Ljungman.

Mollon, D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1727-1737.doi: 10.1111/jan.12348

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V., Leibson, C., Stevens, S., & Harris, M. (2011). Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.

Nielsen, K. J., Pedersen, A. H., Rasmussen, K., Pape, L., & Mikkelsen, K. L. (2013). Work-related stressors and occurrence of adverse events in an ED. *American Journal Of Emergency Medicine*, 31(3), 504-508. doi:10.1016/j.ajem.2012.10.002

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) Hämtad 21 oktober 2017 från Riksdagens webbplats:

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Pousette, Larsman, Eklöf, & Törner. (2017). The relationship between patient safety climate and occupational safety climate in healthcare – A multi-level investigation. *Journal of Safety Research*, 61, 187-198.doi:10.1016/j.jsr.2017.02.020

Santamäki Fischer, R. & Dahlqvist, V. (2014). Tröst och trygghet. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (s. 297-318). Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (1994[1984]). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. (Nytr.) Göteborg: K&K Segesten.

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer - En filosofisk belysning. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (s. 439-466). Lund: Studentlitteratur.

Socialdepartementet. (2008). *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* (SOU 2008:117). Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. (Artikelnummer 2009-126-71). Hämtad den 28 oktober 2017 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. (Artikelnummer 2004-103-3). Hämtad den 2017-11-10 från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10285/2004-103-3_20041033.pdf

Socialstyrelsen. (2016). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2015*. (Artikelnummer 2016-6-16). Hämtad 2017-11-05 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-6-16>

Socialstyrelsen. (2017). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. (Artikelnummer 2017-2-16). Hämtad 2017-11-03 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20493/2017-2-16.pdf>

Ström, A & Svensk, J. (2017). *Trygghet i mötet med vården – Hur vården utifrån ett patientperspektiv kan tillgodose människans behov av trygghet; Comfort when in contact with healthcare – How healthcare can satisfy the human need for comfort, from a patient's perspective*. (Examensarbete, Göteborgs Universitet, Göteborg). Hämtad 2010-10-18 från <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/52921?locale=sv>

Svenska akademien (1997-). *Svenska akademiens ordbok [Elektronisk resurs]*. Göteborg: OSA-projektet.

Sveriges kommuner och landsting. (2016). *Nationell Patientenkät*. Hämtad 2017-11-05 från <https://patientenkät.se/sv/resultat/>

Sveriges kommuner och landsting. (2014). *(O)jämsställdhet i vård och hälsa*. Hämtad 2017-11-10 från <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/ojamstalldhet-i-halsa-och-varld.html>

Sveriges kommuner och landsting. (2017). *Väntetider i vården*. Hämtad från <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Vastra-Gotalands/>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2017-10-11, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2017-10-18, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>

Tervo-Heikkinen, T., Partanen, P., Aalto, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2008). Nurses' work environment and nursing outcomes: a survey study among Finnish university hospital registered nurses. *International Journal Of Nursing Practice*, 14(5), 357-365. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00707.x

Valiee, S., Peyrovi, H., & Nikbakht Nasrabadi, A. (2014). Critical care nurses' perception of nursing error and its causes: A qualitative study. *Contemporary Nurse*, 46(2), 206-213.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer: Inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab

Västra Götalandsregionen. (2015). *Uppdrag och vision - Sahlgrenska universitetssjukhuset*. Hämtad 2017-10-04 från: <https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/Uppdrag-och-vision/>

Öhrn. (2014). Patientsäkerhet. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling* (s. 323-339). Lund: Studentlitteratur.